

# CONSTANCIA DE ATENCION MÉDICA

| Día | Mes | Año  |
|-----|-----|------|
| 02  | 10  | 2024 |

Para ser presentado en: **Ministerio de Educación de La Rioja**

Apellido y Nombre del Empleado: **LUNA, LAURA ELIZABETH**

DNI: **27.450.899**

Organismo / Establecimiento / Unidad / Etc **JARDIN N° 00**

Ido/Cue **0004600879**

Diagnóstico: **Operaciones En La Nariz**

Código N° **030400**



Justificado

Desde: **2/10/2024**

Hasta: **10/10/2024**

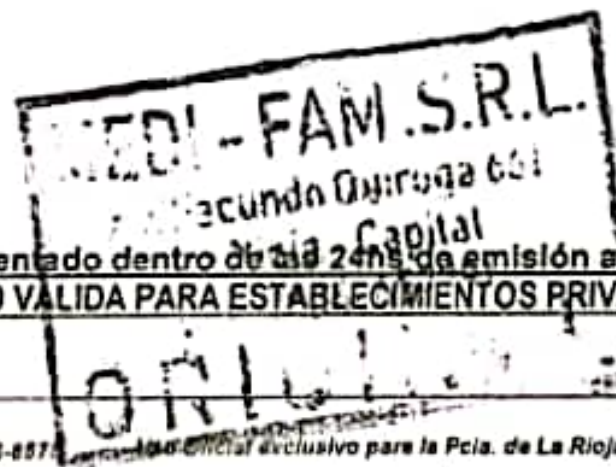
Alta:

Control:

Código de Licencia:

**0 79 1 0 00 0 0 00 0**

Observaciones



Francisco Petri Lago  
MEDICO  
M. P. 3/45

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR

Este comprobante debe ser presentado dentro de los 24hs de emisión ante Autoridad Superior.

CONSTANCIA NO VALIDA PARA ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS.